

(送付先)



社会福祉法人倉敷市社会福祉協議会水島事務所行

FAX : 4 4 0 - 0 1 5 4

令和元年度 ねたきり高齢者等介護者リフレッシュ事業 (水島地区)

参加申込書

ふりがな 氏 名		年齢		性別	男・女
		歳			
住 所	(〒 -) 倉敷市 TEL FAX				
要介護者 氏 名		年齢		続柄	性別 男・女
		歳			
要介護者 状 況	・ねたきり ・認知症			・重度身体障がい者 ・その他	介護年数 約 年
要介護度	非該当・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5			参加回数	・初めて ・2回目以上
現在の状況など：					
当日の介護保険サービスの利用 あり ・ なし					

*当日サービス利用「あり」に○印をされた方のみ以下をご記入ください。

デイサービス (デイケア) の利用希望	あり	・	なし
ショートステイの利用希望	あり	・	なし
利用予定施設：			
ショートステイ利用日：	月	日から	月 日まで
ショートステイ、デイサービス (デイケア) を利用される方については、参加当日に確認及び説明いたします。			
	受付日		受付者
	月	日	

* 記入いただいた個人情報は、適正に管理し本事業以外での使用はいたしません。